Commission on the Future of Health Care in Canada

Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada

DISCUSSION PAPER

Homecare in Canada

MAY 2002

This paper is one of a series of nine public discussion documents designed to help Canadians make informed decisions about the future of Canada's healthcare system. Each of these research-based papers explores three potential courses of action to address key healthcare challenges. Canada may choose to pursue some, none, or all of these courses of action; in addition, many other options are available but not described here. These research highlights were prepared for the Commission on the Future of Health Care in Canada, by the Canadian Health Services Research Foundation.

103-00794/

Thank you for your interest in shaping the future of Canada's healthcare system.

This discussion document and survey on Homecare is one of a series of nine such documents the Commission on the Future of Health Care in Canada has developed in partnership with the Canadian Health Services Research Foundation. They were designed to enable Canadians to be better informed about some of the key challenges confronting their health care system and to express their preferences on proposed solutions. We have worked hard to summarize relevant, factual information and to make it as balanced and accessible as possible.

Each of our nine documents follows an identical format. We begin by briefly summarizing a particular health issue. Next, we identify three possible courses of action to address the issue and their respective pros and cons. Last, we ask you to complete a brief survey relating to the courses of action.

To make it easier to provide us with your responses, the survey questions are included on the final pages of this document. Please detach and forward these pages to us by fax at: (613) 992-3782, or by mail at:

Commission on the Future of Health Care in Canada
81 Metcalfe, Suite 800
Ottawa, Ontario
Canada K1P 6K7

You can also complete the survey on-line through our interactive website at: www.healthcarecommission.ca.

There are no "right" or "wrong" answers, and the results are intended to be informational only. They are designed to illustrate how each person's response fits within the context of others who have responded, not to have scientific validity in and of themselves. The survey results are only one of many ways the Commission is studying and analyzing this issue. To order other titles in this series, please write to us at the address above, or call 1-800-793-6161. Other titles include:

- Pharmacare in Canada
- Access to healthcare in Canada
- Sustainability of Canada's healthcare system
- Consumer choice in Canada's healthcare system
- The Canada Health Act
- Globalization and Canada's healthcare system
- Human resources in Canada's healthcare system
- Medically necessary care: what is it, and who decides?

We are grateful for your contribution to shaping Canada's healthcare system and hope that this document will be as informative to you, as we know your survey responses will be valuable to us.

Sincerely,

Roy Romanow

Roy Romanow

Homecare in Canada

Homecare is a fact of life in Canada. Hundreds of thousands of people across the country are receiving care at home that not long ago would only have been given in institutions. But homecare has grown piecemeal. Its development has been spurred by budget cuts that pressured hospital managers to get patients out the door, medical breakthroughs that have made it possible to deliver many types of care outside of institutional walls, and values that lead families to keep the frail, the chronically ill and even the dying at home rather than send them away to an institution.

Like the rest of the healthcare system, however, homecare is in upheaval. Demand for services increases daily, far outpacing increases in funding. Lack of co-ordination and system-wide planning often means patients are sent home even if there are not sufficient services in the community to care for them. And society has done little to support family, friends and neighbours — the unpaid caregivers — who put in endless hours looking after people who once would have been the responsibility of the system.

But what can we do to deal with the problems of homecare? Should we throw out all the existing homecare systems and start again? Or should we try to build on what we have, perhaps adding funding and changing policies to improve it?

Before we can address homecare issues, we should establish what we're talking about. Homecare is much more than medical professionals going to peoples' houses to give treatments. Instead, it's an incredibly diverse picture that sees people of all ages getting services that range from taking blood pressure, giving medication and changing dressings to providing personal care, homemaking and time off for family members and friends who give care.

Generally, homecare can be broken down into three types: "maintenance homecare" that helps care receivers who have a chronic illness or disability stay in their home at a stable level of health; "long-term homecare" which substitutes for care in an institution such as a nursing home; and "acute homecare", which usually substitutes for care in a hospital, and is given to people who require or are recovering from significant medical treatment.

The growth of homecare in Canada

In the last 25 years, homecare has grown like Jack's beanstalk. Government spending on homecare is growing much faster than other healthcare spending — between 1975 and 1992, it grew twice as fast as total health spending (19.9 percent vs 10.8 percent). Since 1992, it has grown at three times the pace. That trend is expected to continue. Predictions are homecare expenditures will jump almost 80 percent between 1999 and 2026. Despite its growth, homecare still accounts for only one out of every twenty dollars governments spend on health.

Does homecare save money? Is it cost-effective? Several U.S. studies have found homecare is not cost-effective, but their system is not really comparable to ours. Some Canadian researchers have produced similar findings, but more recent work concludes that homecare does save money, at least in some circumstances. The jury is still out on the cost-effectiveness of maintenance homecare, but we know acute and long-term homecare can save money if homecare means a bed in an institution is closed.

It is important to remember, however that cost-effectiveness shouldn't be limited to how much money the government saves. It should also be about the money saved by, or costs to, care receivers, or their unpaid caregivers.

There are many arguments against homecare. Some say apartments and houses are not well-equipped for providing care and may present safety issues for both caregivers and care receivers. Others think homecare programs assign to governments a task traditionally done by families and the community. Some argue it still should be a family's and community's task; others say that idea is outdated because of all the changes to family structures over the last 20 years. There are fears that homecare is bad for the health of its unpaid caregivers — research shows they report worse health, and use prescription drugs for depression, anxiety and insomnia two to three times more than the rest of the population. But that might be caused by the stress of watching a loved one suffer, among other things.

Focusing on the negatives, however, can obscure other important issues — like the satisfaction that unpaid caregivers get from helping those who need them or the positive effects that being at home may have on health. So the assumption that homecare is always a burden is not true. One Canadian study notes that acute homecare made no difference to caregivers' sense of burden or the amount of time they spend on caregiving.

This paper focuses on three of the many potential courses of action for Canada. They are:

I. Government should fund a national homecare program;

II. Government should provide support, including tax breaks, for unpaid caregivers; and

III. Government should make sure that when services that are publicly funded in an institution are provided in the home, they continue to be publicly funded.

A National Homecare Program

A legion of homecare users and providers, advocacy groups, politicians and researchers argue that Canada needs a national homecare program. They claim that the absence of a national program has left gaps in coverage and allowed barriers to develop that keep some Canadians from getting the care they need. Their basic argument is the same: the patchwork approach means Canadians get homecare based more on where they live and what they can pay than on what they need.

Course of action: The government should fund a national homecare program

A national homecare program could be set up in one of three ways. First, homecare could be made a part of medicare. If the Canada Health Act were rewritten to specifically include homecare, then a national program would be subject to the same principles as medicare and the provinces would have to reform their policies to ensure universality, accessibility, portability, and comprehensiveness. There would be no extra billing or user fees and the principles of medicare would be guaranteed.

Some people would prefer to see a separate program, outside of medicare. Payment for care (perhaps through deductibles or co-payments) could be allowed. Such a program could be privately or publicly run. This approach would allow the development of more specific national standards. Creating something new outside the Canada Health Act would not mean that some of the principles in the Act couldn't also be applied to the new legislation. In fact, borrowing parts of the Act would be indispensable in addressing inequality and unmet needs. And to maximize the cost-effectiveness, principles like a single point of entry into homecare, and common standards for assessment of needs, would have to be part of the program.

The third option would be to leave homecare as the piecemeal set of services it is now, but with a commitment from government to fill in the gaps. Those who don't get homecare or all the services they need will be better served, and it could be subsidized where necessary, perhaps through workplace insurance programs. Low-income Canadians could be guaranteed homecare.

The cost of any of these options would likely be split between the federal and provincial governments, but where the money would come from is another issue. There are those who argue a well-run system would generate enough savings to pay for itself. Others feel millions of dollars of new revenue will have to be found, perhaps from higher taxes or user fees, or even some form of private insurance.

Where to set limits would probably be the biggest barrier to successfully negotiating a national homecare program. Some might argue that homecare should include programs to prevent disease, encourage exercise and even provide appropriate housing or improve public transportation — since all of that, ultimately, helps to make and keep people well.

ARGUMENTS FOR

Canadians want it. A 1998 poll by the Canada Health Monitor found that 84 percent of Canadians want a national homecare program. Other polls show similar findings.

A national program could ensure comparable access and service. Many of Canada's homecare needs are not being met. Canadians who live in rural areas or have low incomes may not get equal access under an "open market" approach. Similarly, different provinces offer different access to care. A national program could also ensure that homecare is portable across provinces, without a waiting period when Canadians enter a new province.

Administrative costs could be reduced. Currently, payment for a single recipient's homecare may come from several sources — provincial and federal governments, insurance companies and their own pockets. A single national program would eliminate the need for multiple administrations and be less expensive to run.

ARGUMENTS AGAINST

Research results on the effectiveness of homecare are mixed. Since we don't know for sure what types of homecare are effective, it may be too soon to draw up a plan for a national program.

Canada's homecare compares well to other members of the Organization for Economic Cooperation and Development. Seventeen percent of elderly persons receive formal homecare services in Canada compared to 16 percent in the U.S., 11.7 percent in Australia, 5.5 percent in the U.K., and 5 percent in Japan.

It could be expensive. Some experts believe it could cost millions or even billions to implement homecare nationally.

Getting agreement will be a long, tough slog. Identifying the boundaries around what is (and isn't) homecare is difficult, and it is tough to stop those boundaries from creeping outward (or shrinking). Also, homecare policies have been developed independently in each province for 20 to 25 years and recent efforts at healthcare reform have shown how difficult it can be to reach a consensus on a national policy.

SURVEY QUESTIONS

Please refer to page 11 for the survey questions for this section.

Supporting Unpaid Caregivers

Some people argue that what's needed is more support for the family and friends who help to look after people at home. Without the care of these "unpaid caregivers", homecare wouldn't work. Luckily, people are quick to do their bit: it's estimated that up to 90 percent of homecare services are provided free of charge by friends and relatives.

But there are costs associated with unpaid care. Often, the unpaid caregivers are there because other options aren't available — because there is no government program (or they're full), or the homecare recipient can't afford to pay outright or even to cover user fees, or he or she has been judged ineligible for government support. Unpaid caregivers may spend their own money on equipment for the recipient. They often spend more on heating and food, or have to hire someone to take care of children and housework because they're caring for someone at home. At the same time, unpaid caregivers may lose money and diminish their pensions and savings by being away from work.

What Canada is doing now for unpaid caregivers

Direct support for caregivers is uncommon — most government support is aimed at the people who need the care, not those who look after them. However, most provinces offer self-managed care programs, which give individuals the option to pay their caregivers. Since 1998, the federal government provides the Caregiver Tax Credit, which gives some live-in caregivers looking after a dependent relative over 65 up to $560 off their federal income tax. Quebec provides up to $600 annually for caregivers to purchase respite care.

Course of action: Government should provide support, including tax breaks, for unpaid caregivers.

In 1995, the estimated value of the work being done by unpaid caregivers for just the elderly was pegged at up to $5.7 billion per year. For *all* homecare today, it's obviously much higher. In 1996, 2.8 million Canadians — 12 percent of the population — reported providing unpaid assistance to someone with long-term health problems. All of those people stand to benefit from improvements to support programs.

There are two ways to offer support to unpaid caregivers. The first is direct support — cash, service vouchers, or some kind of care allowance — so that caregivers (or the recipients) won't have to pay for care. Some can't afford this, even if they're reimbursed later — they just don't have the extra money. Indirect support doesn't necessarily ease the burden of caregiving upfront, though things like pension schemes, registered homecare savings plans, or tax breaks for unpaid caregivers can ease the long-term financial burden of caring for someone at home.

There can also be more community programs to ease the demands of caregiving, such as daycare centres for people otherwise cared for at home, more home visits by professionals, and "respite care" programs, which let caregivers take a break. Unpaid caregivers' workplaces could help with better policies on family leave, and provisions in the Canada Pension Plan could allow Canadians to give homecare temporarily without hurting their pension status.

ARGUMENTS FOR

Unpaid caregiving happens whether support is given or not, therefore we need to support it. Any support programs the government puts in place would be a symbolic recognition of the value society puts on unpaid caregivers' work and would hopefully help alleviate some of the caregivers' load. And those who receive support provide care longer.

Lack of unpaid caregiver support tends to discriminate against women. It is well-known that women make up the majority of caregivers (and are usually the primary caregiver, even if a man is also giving care.)

Lack of support for unpaid caregivers is an incentive to institutionalize. Case managers may be tempted to keep a care recipient in an institution if they know they may be cared for by an elderly spouse at home, or someone who is short of cash or juggling child-rearing and work.

Support for unpaid caregivers can help them continue to participate in the workforce. Unpaid caregivers are known to have increased absenteeism from work, lateness, and difficulty keeping to a regular shift. In Canada, 32 percent of people with conflicts between their work and home life turned down or chose not to apply for promotions and transfers and considered quitting — or actually quit — their jobs. Families are often caught between paying for care in an institution like a nursing home, paying for homecare, or losing income because giving care at home is competing with their job.

Helping unpaid caregivers and care receivers get more control over who is hired to care for them increases their feelings of satisfaction. In Ontario, disabled people receiving homecare who were given cash to hire care providers reported feeling an increase in autonomy, reduced vulnerability, greater independence, stronger self-esteem, more fulfilling personal relationships and more social and employment participation.

ARGUMENTS AGAINST

Homecare happens whether support is given or not. Some see it both as a duty and a privilege to take care of relatives.

The easiest support to organize — extra cash — won't always help. Giving money to caregivers doesn't help anyone unless there are services available to purchase with those funds. Often, there are not.

Tax breaks benefit the wealthy more than they do the poor. One U.S. study found a disproportionate number of higher-income households benefit from homecare tax-incentive programs. The U.S. federal tax credit didn't help low-income families because they didn't earn or spend enough money to benefit from a tax break.

Giving tax breaks gets complicated. Tax incentive programs are limited by the complexity of figuring out who is eligible for the tax break and, to a lesser degree, what their work is worth.

Individuals may not be qualified to choose homecare services. Providing recipients or their caregivers with money or vouchers may lead them to buy substandard care or force them into choices they might not be qualified to make.

SURVEY QUESTIONS

Please refer to pages 11 and 12 for the survey questions for this section.

Expanding Funding for Acute Homecare

In the hospital, patients don't have to worry about the cost of the drugs, services and equipment they need. But when it's time to go home, they suddenly have to pay for expenses that were covered when they were in the hospital, including medication, bandages and dressings, even wheelchairs.

In most parts of Canada, medical and nursing services are usually delivered free to people at home, although the time professionals spend with care receivers is quite restricted. Care receivers often have to pay fees, however, for personal care and homemaking services, and there may be direct charges or partial payments based on income, for prescription drugs, medical supplies, or adaptive equipment.

Course of action: Government should make sure that when services that are publicly funded in an institution are provided in the home, they continue to be publicly funded.

An expanded acute homecare system would ensure a minimum level of the services patients receive in hospital. Medications, other treatments such as physiotherapy, overall monitoring and assistance for tasks like using the bathroom or eating would be supplied and paid for from the public purse.

When a care receiver is in the hospital, non-medical services like clean linen and help with baths are part of the service. Should they also be included in homecare funding? And to what extent? Hospitals are supposed to be clean and tidy, but if you normally live in a messy house, should the public purse pay to clean it when you're sick? Should a homecare client pay for their own medications, which they don't have to do in hospital?

Arguments For

When drugs, dressings and care devices are funded by medicare in the hospital but not at home, there is an incentive to opt for hospital care. Providers will want to keep patients in hospital because they know they can't pay for the care they need at home.

Extra costs outside hospital can create barriers to care. The working poor and the poorest seniors suffer when there are extra charges. The extra costs can lead to these people simply not buying the care they need, which in turn can increase the overall cost of healthcare because when they finally do get care, their needs are more acute.

If care moved from institutions to the home were covered by the Canada Health Act, it would be protected and equal access guaranteed. There still isn't much research on exactly how much out-of-pocket costs are for services that are covered in an institution, but not at home. We know, however, that any extra cost is too much for some.

If the gap between what is covered in an institution and what is paid out-of-pocket at home increases, it may well mean more unintended passive privatization. Private funding to homecare is growing rapidly, although not as fast as government spending. Across the whole health system, out-of-pocket payments and private insurance grew from 23.6 percent of all health spending to 30.4 percent in 1999. This is a much broader issue that requires extensive discussion, and relates to the erosion of a system that Canadians take pride in. More on privatization is discussed in another part of this discussion series that addresses whether the healthcare system is financially sustainable.

ARGUMENTS AGAINST

It's too confusing to pay for acute homecare based on what's covered in hospital. The nature of healthcare is changing; many procedures simply don't require hospitalization anymore. At what point do you draw the line? Should we instead just focus on what is considered "medically necessary"?

The out-of-pocket costs of acute homecare aren't very large. Perhaps funding should be concentrated elsewhere, where the need for support is greater. In 1998, a study of 800 Saskatchewan patients found that patients who received post-acute care were able to be cared for at home with family support and homecare services. The health of the care receivers didn't change with early discharge, and the burden on family caregivers did not increase, except for out-of-pocket costs which went up an average of $11. Instead of expanding acute homecare, what might be funded instead is better management of who gets sent home from hospital, so that people who can't afford any out-of-pocket costs from acute homecare won't have to pay for it.

SURVEY QUESTIONS

Please refer to page 12 for the survey questions for this section.

Acknowledgements

This document was produced by the Canadian Health Services Research Foundation, in partnership with the Commission on the Future of Health Care in Canada. The topics and courses of action reflect key issues raised frequently in the Commission's consultations to date, for which the Foundation was able to find relevant research evidence to help inform the debate.

This document has been reviewed by the following experts for accuracy and fairness, but final responsibility lies with the Canadian Health Services Research Foundation:

Larry Chambers
President and Chief Scientist
University of Ottawa Institute on Health of the Elderly, SCO Health Service

Laurence Thompson
Chief Executive Officer
Health Services Utilization and Research Commission

Janet Fast
Professor, Department of Human Ecology
University of Alberta

Evelyn Shapiro
Senior Researcher
Manitoba Centre for Health Policy

Malcolm J. Anderson
Associate Director
Queen's Health Policy Research Unit, Queen's University

A complete bibliography of the research used to prepare these documents can be found at www.healthcarecommission.ca.

SURVEY INSTRUCTIONS

Please detach the following page and forward to us by fax at:
(613) 992-3782

Or by mail at:
Commission on the Future of Health Care in Canada
81 Metcalfe, Suite 800
Ottawa, Ontario
Canada K1P 6K7

For information:
Call toll free at 1-800-793-6161
www.healthcarecommission.ca

Thank you

Survey Questions

For each of the following questions, please indicate your opinion by selecting the appropriate box.

A National Homecare Program

	Strongly Agree	Agree	Neutral	Disagree	Strongly Disagree
1. Creating a national homecare program will improve healthcare in Canada.	❑	❑	❑	❑	❑
2. Government should increase healthcare spending in order to create a national homecare program.	❑	❑	❑	❑	❑
3. A national homecare program should only cover expenses when homecare is cheaper than institutional care.	❑	❑	❑	❑	❑

4. Do you believe that a national homecare program should only cover medically necessary services or do you believe that it should also cover social support services — like meal preparation and housecleaning — where providing these services will probably reduce hospital use?

Strongly Agree only medically necessary services covered	Agree only medically necessary services covered	Neutral	Disagree social support services should be covered	Strongly Disagree social support services should be covered
❑	❑	❑	❑	❑

5. Please rank the following options for a national homecare program in order of preference, with 1 being your most favoured option and 4 being your least favoured option.

	Most Favoured			Least Favoured
A national homecare program should be part of medicare, that is fully paid for by the health care system.	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
A national homecare program should be outside of medicare allowing user fees.	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
Homecare should be paid for through a separate mandatory insurance plan.	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
We need to focus only on filling in some of the gaps in currently available homecare.	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4

Supporting Unpaid Caregivers

1. Which of the following is closest to your own point of view on who should bear the responsibility for homecare?

   Caring for injured, disabled, or older people in the home is the responsibility of their family and friends, not the government.

   OR

   Government should provide as much formal homecare as needed so that we don't rely on family and friends to provide care to injured, disabled or older people in the home.

Strongly Agree family and friends	Agree family and friends	Neutral	Agree government as much as possible	Strongly Agree government as much as possible
❑	❑	❑	❑	❑

	Strongly Agree	Agree	Neutral	Disagree	Strongly Disagree
2. Providing more support to unpaid caregivers will improve healthcare in Canada.	❑	❑	❑	❑	❑
3. Government should increase healthcare spending in order to support unpaid caregivers through tax breaks, respite care, day hospitals and other means.	❑	❑	❑	❑	❑

4. Please rank the following approaches for supporting caregivers in order of preference, with 1 being your most preferred and 3 being your least preferred.

	Most Preferred		Least Preferred
We should support unpaid caregivers directly, with cash service vouchers and car allowances.	❑ 1	❑ 2	❑ 3
We should support unpaid caregivers indirectly, with tax breaks.	❑ 1	❑ 2	3
We should focus on programs which give unpaid caregivers a break, such as respite care, increased professional caregiver visits and geriatric day hospital programs.	❑ 1	❑ 2	❑ 3

Expanding Funding for Acute Homecare

	Strongly Agree	Agree	Neutral	Disagree	Strongly Disagree
1. Publicly funding all services in the home that are publicly funded when provided in an institution will improve healthcare in Canada.	❑	❑	❑	❑	❑
2. Government should increase healthcare spending in order to fund all services in the home that are publicly funded when provided in an institution.	❑	❑	❑	❑	❑
3. If government were to pay for certain products and services provided in the home (which paid for when provided in the hospital), which products and services should be covered?	❑	❑	❑	❑	❑
Drugs	❑	❑	❑	❑	❑
Bandages and dressings for wounds	❑	❑	❑	❑	❑
Medical devices	❑	❑	❑	❑	❑
Therapies like physiotherapy	❑	❑	❑	❑	❑
Equipment or home modification needed to stay at home	❑	❑	❑	❑	❑
Non-medical monitoring and assistance for things like eating, bathing, using the bathroom	❑	❑	❑	❑	❑

Analysis Information

Please complete the following information for analysis purposes. Thank you.

Gender: ❑ Male ❑ Female

Age: ❑ under 18 ❑ 19-29 ❑ 30-49 ❑ 50-65 ❑ over 65

Province or Territory in which you reside: _____

Continued ...

Your annual household income from all sources before taxes is: (Optional)

Choose one:

❑ Less than $20000

❑ $20000 to $39999

❑ $40000 to $59000

❑ $60000 to $79000

❑ $80000 to $99000

❑ More than $100K

The highest level of schooling you have completed is: (Optional)

Choose one:

❑ Elementary School or less

❑ Secondary School

❑ Community College/CEGEP/Trade School

❑ Prof./Trade Certification

❑ Bachelor Degree

❑ Graduate Degree

Are you a healthcare professional? (Optional)

❑ Yes ❑ No

Approximately how many times in the last year have you personally used the healthcare system? (eg. seen a doctor or specialist, spent time in the hospital, received care in a hospital emergency room, etc.) (Optional)

Choose one:

❑ 0-3

❑ 4-6

❑ 7-9

❑ More than 10

Commission on the Future
of Health Care in Canada
81 Metcalfe, Suite 800
Ottawa, Ontario
Canada K1P 6K7
Toll-Free 1-800-793-6161
www.healthcarecommission.ca

Commission sur
l'avenir des soins de santé
au Canada

Commission on the
Future of Health Care
in Canada

DOCUMENT DE TRAVAIL

Les soins à domicile au Canada

MAI 2002

Ce document fait partie d'une série de neuf documents de travail conçus pour aider les Canadiens à prendre des décisions éclairées sur l'avenir du système de santé du Canada. Chacun de ces documents de recherche explore trois plans d'action pour faire face à d'importants défis en soins de santé. Le Canada peut choisir quelques-uns de ces plans d'action, comme il peut les adopter tous ou n'en retenir aucun. De nombreuses autres options sont aussi possibles, mais elles ne sont pas abordées ici. Ces points saillants de recherche ont été préparés pour la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.

Merci de l'intérêt que vous portez à l'avenir du système de soins de santé au Canada.

Ce document sur les soins à domicile au Canada, qui vise à la fois à donner et à recueillir de l'information, fait partie d'une série de neuf documents que la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada a préparés en collaboration avec la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. Tous ont été conçus de façon à permettre aux Canadiens d'être mieux renseignés sur quelques-uns des principaux défis à relever concernant le système de soins de santé et d'exprimer leurs préférences parmi les solutions proposées. Nous nous sommes efforcés de résumer les faits les plus pertinents tout en veillant à maintenir l'équilibre et l'accessibilité de l'information.

Les neuf documents se présentent tous de la même façon. Nous donnons d'abord un bref aperçu de la question à considérer. Nous proposons ensuite trois voies qu'il est possible de suivre, en précisant les avantages et les inconvénients. Enfin, nous vous demandons de répondre au bref questionnaire.

Pour vous simplifier la tâche, les questions de sondage se trouvent à la fin du document. Veuillez détacher la ou les pages et les envoyer par télécopie au numéro 1-613-992-3782, ou par la poste à l'adresse suivante :

Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada
81, rue Metcalfe, bureau 800
Ottawa (Ontario)
Canada K1P 6K7

Vous pouvez aussi participer au sondage en ligne au moyen de notre site Web interactif à l'adresse suivante : www.commissionsoinsdesante.ca

Il n'y a ni « bonne » ni « mauvaise » réponse et les résultats ne seront utilisés qu'à titre informatif. Ils permettront de voir comment les réponses des participants s'intègrent dans le contexte global de toutes les réponses reçues, et il ne leur sera attribué aucune valeur scientifique propre. Ces résultats ne seront que l'une des nombreuses sources d'information utilisées par la Commission dans son étude et son analyse du problème. Pour recevoir les autres titres de la série, veuillez nous écrire à l'adresse ci-dessus ou téléphoner au 1-800-793-6161. Voici la liste des autres titres :

- L'assurance-médicaments au Canada
- L'accès aux soins de santé au Canada
- La viabilité du système de soins de santé au Canada
- Le choix des consommateurs dans le système des soins de santé au Canada
- La Loi canadienne sur la santé
- La mondialisation et le système de soins de santé au Canada
- Les ressources humaines dans le système de soins de santé au Canada
- Les interventions médicalement nécessaires : quelles sont-elles et qui décide?

Nous vous remercions de votre contribution à l'avenir du système de soins de santé au Canada et nous espérons que ce document vous sera tout aussi utile que vos réponses le seront pour nous.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, nos salutations distinguées.

Roy Romanow

Les soins à domicile au Canada

Les soins à domicile sont une réalité de la vie au Canada. Des centaines de milliers de personnes d'un bout à l'autre du pays reçoivent à domicile des soins qu'elles n'auraient reçus que dans des établissements il n'y a pas si longtemps. Les soins à domicile ont toutefois connu une expansion irrégulière provoquée par les compressions budgétaires qui ont obligé les gestionnaires des hôpitaux à renvoyer les patients chez eux plus tôt. Leur expansion est aussi reliée aux percées de la médecine qui permettent d'offrir de nombreux types de soins en dehors des établissements. Les valeurs qui incitent les familles à garder à domicile des personnes frêles, atteintes de maladies chroniques et même à l'agonie au lieu de les placer en établissement sont également un facteur de croissance.

Comme le reste du système de santé, le secteur des soins à domicile subit des bouleversements. La demande de services augmente tous les jours et dépasse de loin la croissance des budgets. Le manque de coordination et de planification générale dans tout le système signifie souvent qu'on renvoie des patients chez eux même s'il n'y a pas suffisamment de services dans la collectivité pour s'occuper d'eux. Sans compter que la société n'a pas fait grand-chose pour appuyer les proches, les amis et les voisins — les soignants non rémunérés — qui consacrent des heures interminables à s'occuper de personnes dont le système se chargeait auparavant.

Que pouvons-nous faire pour faire face aux problèmes posés par les soins à domicile? Faut-il rejeter tous les systèmes existants de soins à domicile et recommencer à zéro? Faut-il essayer de bâtir sur les acquis en augmentant peut-être le financement et en modifiant des politiques pour les améliorer?

Avant de pouvoir aborder ces enjeux, il faut bien définir de quoi il est question. Les soins à domicile, c'est beaucoup plus que des professionnels de la médecine qui vont soigner les gens chez eux. C'est plutôt un domaine d'une diversité incroyable où des personnes de tous âges reçoivent des services aussi variés que la prise de tension artérielle, l'administration de médicaments, le changement de pansements, la prestation de soins personnels et de services d'aide familiale. On parle aussi de permettre des périodes de congé aux parents et aux amis soignants.

Il y a trois types de soins à domicile : les « soins à domicile de maintien », qui aident les bénéficiaires atteints d'une maladie chronique ou d'une incapacité à demeurer chez eux à un niveau de santé stable; les « soins à domicile de longue durée », qui remplacent les soins dispensés dans un établissement comme un foyer; et les « soins à domicile aigus » administrés à des personnes qui ont besoin ou sont en train de se remettre de traitements médicaux importants.

La croissance des soins à domicile au Canada

Depuis 25 ans, le secteur des soins à domicile a poussé un peu comme le fameux haricot magique de Jacques. Les dépenses publiques consacrées aux soins à domicile augmentent beaucoup plus rapidement que celles qui sont consacrées aux autres types de soins — elles ont augmenté deux fois plus rapidement que le total des dépenses consacrées à la santé (19,9 % contre 10,8 %) entre 1975 et 199[illegible] trois fois plus rapidement depuis 1992. On s'attend à ce que cette tendance se maintienne — on pr[illegible]que les dépenses consacrées aux soins à domicile grimperont de presque 80 % entre 1999 et 2026. [illegible]épit de cette croissance, les soins à domicile n'absorbent toujours que le vingtième de l'argent consacré [illegible] santé par le secteur public.

Les soins à domicile génèrent-ils des économies? Sont-ils rentables? Plusieurs études américaines ont déterminé que les soins à domicile ne sont pas rentables, mais leur système ne se compare pas vraiment au nôtre. Des chercheurs canadiens sont arrivés à des résultats semblables, mais certains travaux plus récents soutiennent que les soins à domicile permettent d'éviter des dépenses. La rentabilité des soins à domicile de maintien n'est pas encore établie, mais nous savons que les soins à domicile aigus et de longue durée peuvent générer des économies s'ils permettent de fermer un lit dans un établissement.

Il faut garder à l'esprit que la rentabilité n'est pas limitée à l'importance des sommes que le gouvernement économise. La rentabilité est aussi reliée aux sommes que les bénéficiaires de soins et leurs soignants non rémunérés évitent de dépenser, et à ce qu'il leur en coûte.

Les arguments contre les soins à domicile sont nombreux. Certains affirment qu'un appartement ou une maison ne sont pas des endroits bien équipés pour dispenser des soins et qu'il peut y avoir des problèmes de sécurité tant pour les soignants que pour les bénéficiaires. D'autres pensent que les programmes de soins à domicile imposent au gouvernement une prise en charge traditionnellement assumée par la famille et la collectivité. Quelques-uns soutiennent que cette responsabilité devrait toujours incomber à la famille et à la collectivité, alors que d'autres affirment que cette position est dépassée à cause de tous les changements que les structures familiales ont subis depuis 20 ans. Il y a ceux qui craignent que les soins à domicile soient mauvais pour la santé des soignants non rémunérés — la recherche montre que ceux-ci affirment être en moins bonne santé et utiliser des médicaments d'ordonnance contre la dépression, l'anxiété et l'insomnie deux ou trois fois plus souvent que le reste de la population. Ces problèmes pourraient toutefois être attribuables, entre autres, au stress imposé par les souffrances d'un être cher.

Penser uniquement aux aspects négatifs peut toutefois faire oublier d'autres enjeux importants — comme la satisfaction que les soignants non rémunérés tirent de l'aide apportée à quelqu'un qui a besoin d'eux, ou les effets positifs que le fait d'être à domicile peut avoir sur la santé. L'hypothèse selon laquelle les soins à domicile sont toujours un fardeau ne tient donc pas. Une étude canadienne signale que les soins à domicile aigus n'ont fait aucune différence quant au fardeau que ressentent les soignants ou au temps qu'ils consacrent aux soins.

Ce document porte sur trois des nombreux plans d'action possibles que le Canada peut choisir face aux soins à domicile :

I. le gouvernement devrait financer un programme national de soins à domicile;

II. le gouvernement devrait appuyer les soignants non rémunérés, notamment en leur accordant des allégements fiscaux;

III. le gouvernement devrait s'assurer que lorsque des services payés par le secteur public dans un établissement sont dispensés à domicile, le secteur public continue de les payer.

Un programme national de soins à domicile

Les utilisateurs et les fournisseurs de soins à domicile, les groupes de représentation, les politiciens et les chercheurs qui soutiennent que le Canada a besoin d'un programme national de soins à domicile sont légion. Ils affirment que l'absence de programme national entraîne des failles dans la couverture et a laissé surgir des obstacles qui empêchent certains Canadiens d'obtenir les soins dont ils ont besoin. Leur argument fondamental est le même : l'approche à la pièce signifie que les Canadiens obtiennent des soins à domicile bien plus en fonction de l'endroit où ils vivent et de leur capacité de payer que de leurs besoins.

Plan d'action : le gouvernement devrait financer un programme national de soins à domicile.

Il y aurait trois façons possibles d'établir un programme national de soins à domicile. On pourrait d'abord intégrer les soins à domicile à l'assurance-maladie. Si l'on modifiait la Loi canadienne sur la santé pour y inclure spécifiquement les soins à domicile, un programme national serait alors assujetti aux mêmes principes que l'assurance-maladie et les provinces devraient modifier leurs politiques afin d'en assurer l'universalité, l'accessibilité, la transférabilité et l'intégralité. Il n'y aurait pas de surfacturation ni de frais d'utilisation et les principes seraient garantis comme dans le cas de l'assurance-maladie.

Certains préféreraient un programme distinct de l'assurance-maladie. Le paiement des soins (par franchises ou copaiements, par exemple) pourrait être permis. Le secteur privé ou le secteur public pourrait administrer un tel programme, ce qui permettrait d'élaborer des normes nationales plus précises. La création d'un nouveau programme en dehors de la Loi canadienne sur la santé ne signifierait pas qu'on ne pourrait appliquer aussi à la nouvelle mesure certains des principes de la Loi. Il serait en fait indispensable d'emprunter certaines parties de la Loi pour s'attaquer à l'inégalité et répondre aux besoins non satisfaits. Afin de maximiser la rentabilité des soins à domicile, le programme devrait comporter des principes comme le guichet unique d'accès aux soins à domicile et des normes communes d'évaluation des besoins.

La troisième option consisterait à maintenir le statu quo, soit l'éventail actuel de services fragmentés, et à obtenir du gouvernement qu'il s'engage à combler les lacunes. Ceux qui n'ont pas de soins à domicile ou tous les services dont ils ont besoin seront mieux servis et le programme pourrait être subventionné au besoin, peut-être par des programmes d'assurance au travail. On pourrait garantir les soins à domicile aux Canadiens à faible revenu.

Le gouvernement fédéral et les provinces se partageraient probablement le coût de n'importe laquelle de ces options, mais la source du financement pose un autre problème. Certains soutiennent qu'un système bien administré réduirait suffisamment les dépenses pour s'autofinancer. D'autres sont d'avis qu'il faudra trouver des millions de dollars en nouveaux revenus, peut-être en haussant les taxes ou les frais d'utilisation, voire même en recourant à une forme quelconque d'assurance privée.

Le plus gros obstacle à la négociation fructueuse qui débouchera sur un programme national de soins à domicile consisterait probablement à déterminer où il faudrait fixer les limites. Certains pourraient soutenir que les soins à domicile devraient inclure des programmes visant à prévenir les maladies, à encourager l'exercice, voire même à fournir un logement approprié ou à améliorer les transports publics — puisque toutes ces mesures finissent en fin de compte par aider à garder les gens en bonne santé.

ARGUMENTS POUR

La population canadienne le souhaite. Un Sondage Santé Canada réalisé en 1998 a révélé que 84 % des Canadiens souhaitent qu'on établisse un programme national de soins à domicile. D'autres sondages ont produit des résultats semblables.

Un programme national pourrait assurer un accès et des services comparables. Dans bien des cas, on ne répond pas aux besoins en soins à domicile au Canada. Il se peut que les Canadiens qui vivent en milieu rural ou qui ont de faibles revenus n'aient pas un accès égal dans un contexte de « libre marché ». De même, certaines provinces offrent un accès différent aux soins. Un programme national pourrait aussi assurer que les soins à domicile soient transférables entre les provinces sans période de carence lorsque les Canadiens s'installent dans une nouvelle province.

Les frais d'administration pourraient diminuer. Le paiement des soins à domicile d'un bénéficiaire peut actuellement provenir de plusieurs sources — gouvernement fédéral et provinces, compagnies d'assurance et dépenses personnelles des bénéficiaires. Un programme national unique éliminerait le besoin d'administrations multiples et coûterait moins cher à gérer.

ARGUMENTS CONTRE

Les résultats de recherches sur l'efficacité des soins à domicile sont ambigus. Comme nous ne savons pas avec certitude quels types de soins à domicile sont efficaces, il est peut-être trop tôt pour élaborer un programme national.

Les soins à domicile dispensés au Canada se comparent bien à ceux qu'offrent d'autres membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques. Au Canada, 17 % des personnes âgées reçoivent des services structurés de soins à domicile, comparativement à 16 % aux États-Unis, 11,7 % en Australie, 5,5 % au Royaume-Uni, et 5 % au Japon.

Le programme pourrait coûter cher. Des experts pensent qu'un programme national de soins à domicile pourrait coûter des millions, voire des milliards.

La conclusion d'un accord sera un exercice long et pénible. Il est difficile de délimiter les services qu'incluent (et n'incluent pas) les soins à domicile, tout comme il est difficile aussi d'empêcher ces frontières de s'étendre (ou de se refermer). De plus, chaque province élabore indépendamment ses propres politiques sur les soins à domicile depuis 20 à 25 ans et les efforts de réforme des soins de santé déployés récemment ont montré combien il peut être difficile de dégager un consensus sur une politique nationale.

QUESTIONS DU SONDAGE

Veuillez consulter la page 11 pour les questions du sondage portant sur cette section.

Appui aux soignants non rémunérés

Certains soutiennent qu'il faut appuyer davantage les parents et les amis qui aident à s'occuper de quelqu'un à domicile. Sans l'intervention de ces « soignants non rémunérés », les soins à domicile ne fonctionneraient pas. Heureusement, les gens font leur part : on estime que jusqu'à 90 % des services de soins à domicile sont dispensés gratuitement par des amis et des parents.

Les soins non rémunérés entraînent toutefois des coûts connexes. Les soignants non rémunérés interviennent souvent parce qu'ils n'ont pas le choix — parce qu'il n'y a pas de programme gouvernemental (ou qu'ils affichent complets), ou que le bénéficiaire des soins à domicile n'a pas les moyens de payer les services de sa poche ou même de payer des frais d'utilisation, ou qu'on a jugé qu'il n'avait pas droit à l'aide du gouvernement. Des soignants non rémunérés peuvent acheter eux-mêmes du matériel pour le bénéficiaire. Ils dépensent souvent encore plus en chauffage et en nourriture, ou doivent retenir les services de quelqu'un pour s'occuper des enfants et du ménage parce qu'ils s'occupent eux-mêmes de quelqu'un à domicile. Les soignants non rémunérés peuvent aussi perdre de l'argent ainsi que voir diminuer leur pension et fondre leurs économies parce qu'ils doivent s'absenter du travail.

Plan d'action : le gouvernement devrait appuyer les soignants non rémunérés, notamment en leur accordant des allégements fiscaux.

En 1995, on estimait à 5,7 milliards de dollars par année la valeur du travail effectué auprès des personnes âgées par les soignants non rémunérés au Canada. Lorsqu'on parle de tous les soins à domicile, ce chiffre est évidemment beaucoup plus élevé. En 1996, 2,8 millions de Canadiens — soit 12 % de la population — ont déclaré fournir de l'aide non rémunérée à quelqu'un qui avait des problèmes de santé de longue durée. Toutes ces personnes devraient profiter des améliorations apportées aux programmes de soutien.

Ce que le Canada fait maintenant pour les soignants non rémunérés

L'appui direct aux soignants est peu répandu — la majeure partie de l'aide publique est consacrée aux gens qui ont besoin des soins et non à ceux qui s'en occupent. La plupart des provinces offrent toutefois des programmes de soins autogérés qui permettent aux intéressés de payer leur soignant. Depuis1998, le gouvernement fédéral offre le crédit d'impôt pour aidants naturels qui permet aux soignants qui vivent avec un parent à charge de plus de 65 ans dont ils s'occupent de réduire jusqu'à 560 $ leur impôt fédéral sur le revenu. Le Québec accorde jusqu'à 600 $ par année aux soignants pour leur permettre d'acheter des soins de relève.

Il y a deux façons d'offrir de l'aide aux soignants non rémunérés. Il y a d'abord l'appui direct — argent comptant, bons d'achat de services ou allocation pour soins — afin que les soignants (ou les bénéficiaires) n'aient pas à payer directement les soins. Certains en sont incapables, même si on les rembourse plus tard — ils n'ont tout simplement pas l'argent nécessaire. L'appui indirect n'allège pas nécessairement le fardeau des soins à prime abord, même si des mesures comme des régimes de pension, des régimes enregistrés d'épargne-soins à domicile ou des allégements fiscaux pour les soignants non rémunérés peuvent alléger le fardeau financier à long terme imposé par les soins à domicile.

Il peut aussi y avoir d'autres programmes communautaires afin d'alléger les obligations imposées par les soins à domicile, comme des centres de soins de jour pour personnes dont on s'occupe autrement à domicile, l'augmentation du nombre des visites à domicile effectuées par des professionnels et des programmes de « soins de relève » qui permettent aux soignants de prendre une pause. Les milieux de travail des soignants non rémunérés pourraient aider en améliorant leurs politiques sur les congés pour obligations familiales et des dispositions du Régime de pensions du Canada pourraient permettre aux Canadiens de dispenser temporairement des soins à domicile sans nuire à leur pension.

ARGUMENTS POUR

Les soins non rémunérés sont une réalité, qu'on accorde de l'appui ou non, et c'est pourquoi il faut les appuyer. Tout programme d'aide mis en oeuvre par le gouvernement reconnaîtrait symboliquement la valeur que la société attache au travail des soignants non rémunérés et aiderait, du moins espère-t-on, à alléger une partie du fardeau qui leur est imposé. Et ceux qui aident dispensent des soins plus longtemps.

Si l'on n'appuie pas les soignants non rémunérés, on a tendance à causer de la discrimination contre les femmes. Il est bien connu que les femmes constituent la majorité des soignants (et sont habituellement le soignant principal, même si un homme dispense aussi des soins).

Le manque d'appui aux soignants non rémunérés est une incitation à l'institutionnalisation. Les gestionnaires de cas peuvent être tentés de garder un bénéficiaire en établissement s'ils savent que le soignant à domicile est un conjoint âgé, ou quelqu'un qui n'a pas d'argent ou qui est déchiré entre l'éducation des enfants et le travail.

En appuyant les soignants non rémunérés, on peut les aider à demeurer sur le marché du travail. Les soignants non rémunérés affichent un taux plus élevé d'absentéisme ainsi que de retards et ils ont de la difficulté à effectuer un quart de travail régulier. Au Canada, 32 % des personnes aux prises avec des conflits entre leurs obligations professionnelles et familiales ont refusé des promotions et des mutations, ou choisi de ne pas en demander et envisagé de quitter leur emploi (ou l'ont vraiment fait). Les familles sont souvent déchirées entre l'obligation de payer des soins dans un établissement comme un foyer, de payer les soins à domicile, ou de subir une perte de revenu lorsque l'obligation de dispenser des soins à domicile nuit à leur emploi.

En aidant les soignants non rémunérés et les bénéficiaires à contrôler davantage qui est embauché pour s'occuper de ces derniers, on augmente leur sentiment de satisfaction. En Ontario, des personnes handicapées recevant des soins à domicile à qui l'on a donné de l'argent pour retenir les services de soignants ont déclaré qu'elles se sentaient davantage autonomes, moins vulnérables et plus indépendantes, qu'elles avaient une plus grande estime de soi et des relations personnelles plus satisfaisantes, et qu'elles participaient davantage aux activités sociales et professionnelles.

ARGUMENTS CONTRE

Les soins à domicile existent, qu'on les appuie ou non. Pour certains, s'occuper de proches, c'est à la fois une obligation et un privilège.

Le mode d'appui le plus facile à organiser — fournir plus d'argent — n'aide pas toujours. Donner de l'argent aux soignants n'aide personne s'il n'y a pas de services à acheter avec l'argent en question. Ce qui est souvent le cas.

Les allégements fiscaux profitent plus aux nantis qu'aux pauvres. Une étude réalisée aux États-Unis a révélé qu'un nombre disproportionné de ménages à revenus plus élevés bénéficient de programmes d'allégement fiscaux pour soins à domicile. Le crédit d'impôt fédéral des États-Unis n'a pas aidé les familles à faible revenu parce qu'elles ne consacraient pas suffisamment d'argent aux soins pour le demander.

Il devient compliqué d'accorder des allégements fiscaux. Les programmes d'incitations fiscales sont limités par le fait qu'il faut faire des calculs complexes pour déterminer qui a droit à l'allégement fiscal et, à un degré moindre, la valeur du travail en cause.

Il se peut que des personnes n'aient pas les compétences nécessaires pour acheter des services de soins à domicile. En remettant de l'argent ou des bons d'achat aux bénéficiaires ou à leurs soignants, on risque de les inciter à acheter des soins de qualité inférieure ou de les forcer à faire des choix pour lesquels ils n'ont peut-être pas les qualifications nécessaires.

QUESTIONS DU SONDAGE

Veuillez consulter les pages 11 et 12 pour les questions du sondage portant sur cette section.

Expansion du financement des soins à domicile aigus

À l'hôpital, les patients n'ont pas à se préoccuper du coût des médicaments, des services et du matériel dont ils ont besoin. Lorsque le moment est venu de rentrer chez eux, les dépenses prises en charge par l'établissement — médicaments, pansements et bandages, voire fauteuils roulants — obligent les bénéficiaires de soins postaigus à payer eux-mêmes ou à compter sur des régimes d'assurance privés pour maintenir le même niveau de soin.

Dans la plupart des régions du Canada, les services médicaux et infirmiers sont habituellement fournis gratuitement aux gens à domicile, même si les professionnels ne peuvent passer que très peu de temps avec les bénéficiaires. Les bénéficiaires doivent cependant souvent payer des frais pour des services de soins personnels et d'aides familiales et ils peuvent être obligés de payer des frais directs ou de payer en partie, selon leur revenu, des médicaments d'ordonnance, des fournitures médicales ou de l'équipement adapté.

Plan d'action : le gouvernement devrait s'assurer que lorsque des services payés par le secteur public dans un établissement sont dispensés à domicile, le secteur public continue de les payer.

Un système élargi de soins à domicile aigus garantirait un minimum de services que les patients reçoivent à l'hôpital. Le Trésor fournirait ou payerait les médicaments, d'autres traitements comme la physiothérapie, une surveillance générale et l'aide nécessaire à l'exécution de tâches, comme utiliser la salle de bain ou prendre ses repas.

Un séjour à l'hôpital inclut toutefois une foule de choses que le Trésor ne paie pas à domicile. Lorsqu'un bénéficiaire est à l'hôpital, des services non médicaux comme la literie propre et l'aide nécessaire pour prendre un bain sont inclus. Faudrait-il les inclure aussi dans le financement des soins à domicile? Et dans quelle mesure? Les hôpitaux sont censés être propres et en ordre, mais si vous vivez normalement dans le désordre, le Trésor devrait-il payer le nettoyage lorsque vous êtes malade à domicile? Un client qui reçoit des soins à domicile devrait-il payer ses propres médicaments, ce qu'il n'a pas à faire à l'hôpital?

Arguments pour

Lorsque les médicaments, les pansements et les dispositifs de soin sont payés par l'assurance-maladie à l'hôpital mais non à la maison, le système incite à opter pour les soins à l'hôpital. Les fournisseurs de service voudront garder les patients à l'hôpital lorsqu'ils savent que ceux-ci ne peuvent payer les soins dont ils ont besoin à domicile.

Les coûts supplémentaires en dehors de l'hôpital peuvent créer des obstacles aux soins. Les pauvres qui travaillent et les personnes âgées les plus pauvres sont pénalisés davantage lorsqu'il y a des frais supplémentaires, ce qui peut les pousser à ne tout simplement pas acheter les soins dont ils ont besoin. Ce qui peut en retour alourdir le coût global des soins de santé parce que lorsqu'ils finissent par se faire soigner, ils ont besoin de services plus lourds.

Si elle couvrait les soins transférés des établissements au domicile, la Loi canadienne sur la santé protégerait les soins en question et garantirait l'égalité d'accès. Il n'y a toujours pas beaucoup de recherches qui précisent exactement à combien s'élèvent les frais directs servant à payer des services couverts dans un établissement mais non à domicile. Nous savons toutefois que pour certaines personnes, tout coût supplémentaire est de trop.

Si l'écart entre les services couverts dans un établissement et les dépenses directes à domicile se creuse, nous pourrions encourager la privatisation passive involontaire. La privatisation prend de l'ampleur. En 1975, les dépenses directes ou l'assurance privée représentaient 23,6 % du total des dépenses consacrées à la santé. En 1999, ce chiffre atteignait 30,4 %. Il s'agit là d'un enjeu beaucoup plus important dont il faut discuter à fond et qui a trait à l'érosion d'un système dont les Canadiens sont fiers. Il est davantage question de privatisation dans un autre volet de cette série de documents de discussion qui visent à déterminer si le système de santé est financièrement viable.

ARGUMENTS CONTRE

Payer des soins à domicile aigus en fonction des services couverts dans un hôpital suscite trop de confusion. La nature des soins de santé évolue. Pour beaucoup d'interventions, l'hospitalisation n'est plus obligatoire. Où tirer la ligne? Faudrait-il plutôt concentrer nos efforts sur les services considérés comme « médicalement nécessaires »?

Les dépenses directes découlant des soins à domicile aigus ne sont pas très importantes. Il faudrait peut-être concentrer le financement ailleurs, où l'on a davantage besoin d'appui. En 1998, une étude effectuée auprès de 800 patients de la Saskatchewan a révélé que les patients qui recevaient des soins postaigus pouvaient être traités à domicile s'ils bénéficiaient de l'appui de leur famille et de services de soins à domicile. L'état de santé des bénéficiaires n'a pas changé après un congé précoce et le fardeau imposé aux soignants de la famille ne s'est pas alourdi, sauf dans le cas des dépenses directes qui ont augmenté de 11 $ en moyenne. Au lieu d'étendre les soins à domicile aigus, le financement pourrait plutôt servir à mieux déterminer qui reçoit son congé de l'hôpital afin que les personnes qui n'ont pas les moyens de payer les dépenses directes découlant des soins à domicile aigus n'aient pas à les payer.

QUESTIONS DU SONDAGE

Veuillez consulter la page 12 pour les questions du sondage portant sur cette section.

Remerciements

Ce document a été produit par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, en partenariat avec la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. Les sujets et les plans d'action tiennent compte des questions clés qui ont été soulevées au cours des consultations que la Commission a tenues jusqu'ici et pour lesquelles la Fondation a pu trouver des conclusions de recherche pertinentes pour aider à éclairer le débat.

L'exactitude et l'impartialité du document ont été examinées par les experts suivants, mais la responsabilité finale incombe à la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé :

Larry Chambers
Directeur général
Institut sur la santé des personnes âgées de l'Université d'Ottawa
Service de santé SCO

Laurence Thompson
Chef de la direction
Commission sur l'utilisation des services de santé et de la recherche connexe

Janet Fast
Professeure, Département d'écologie humaine
Université de l'Alberta

Evelyn Shapiro
Chercheure principale
Manitoba Centre for Health Policy

Malcolm J. Anderson
Directeur associé
Queen's Health Policy Research Unit, Université Queen

Une bibliographie complète de la recherche utilisée pour préparer ces documents se trouve à : www.commissionsoinsdesante.ca.

INSTRUCTIONS DU SONDAGE

Veuillez détacher les pages suivantes et nous les envoyer par télécopieur au :
(613) 992-3782

ou par la poste à :
Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada
81, rue Metcalfe, bureau 800
Ottawa (Ontario)
Canada K1P 6K7

Pour plus d'informations :
Appeler sans frais 1-800-793-6161
www.commissionsoinsdesante.ca

Merci

Questions du Sondage

Pour chacune des questions suivantes, veuillez indiquer votre opinion en cochant la case appropriée.

UN PROGRAMME NATIONAL DE SOINS À DOMICILE

	Tout à fait d'accord	d'accord	Neutre	En désaccord	Tout à fait En désaccord
1. La création d'un programme national de soins de santé à domicile améliorera les soins de santé au Canada.	❑	❑	❑	❑	❑
2. Le gouvernement devrait augmenter les dépenses dans le secteur de la santé pour créer un programme national de soins à domicile.	❑	❑	❑	❑	❑
3. Croyez-vous qu'un programme national de soins à domicile devrait couvrir les gens seulement si les soins qu'ils reçoivent sont moins chers que les soins hospitaliers ou de longue durée?	❑	❑	❑	❑	❑

4. Croyez-vous qu'un programme national de soins à domicile devrait couvrir seulement les services médicalement nécessaires ou croyez-vous qu'il devrait également couvrir les services de soutien social — comme la préparation de repas et l'entretien ménager — dans les cas où l'offre de tels services réduirait probablement l'hospitalisation?

Tout à fait d'accord que seuls les services médicalement nécessaires devraient être couverts	D'accord que seuls les services médicalement nécessaires devraient être couverts	Neutre	D'accord que les services de soutien social devraient également être couverts	Tout à fait d'accord que les services de soutien social devraient également être couverts
❑	❑	❑	❑	❑

5. Placez les quatre options par ordre de priorité selon qu'ils répondent à vos attentes face à un programme national de soins à domicile, 1 étant l'option envers laquelle vous êtes le plus favorable et 4 celle envers laquelle vous êtes le moins favorable.

	Choix privilégié			Dernier choix
Le programme national de soins à domicile devrait faire partie de l'assurance maladie, c'est-à-dire être payé entièrement par le système de santé.	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
Le programme national de soins à domicile ne devrait pas faire partie de l'assurance maladie et les tickets modérateurs devraient être permis.	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
Les soins à domicile devraient être payés au moyen d'un régime d'assurance obligatoire indépendant.	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
Nous n'avons qu'à corriger certains des manques au niveau des soins à domiciles disponibles présentement.	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4

APPUI AUX SOIGNANTS NON RÉMUNÉRÉS

1. Lequel de ces énoncés se rapproche le plus de votre point de vue quant à l'attribution des responsabilité pour les soins à domicile?

   La responsabilité pour les blessés, les personnes en état d'incapacité ou les personnes âgées à la maison revient à la famille et aux amis plutôt qu'au gouvernement.

   OU

   Le gouvernement devrait offrir fournir autant de services de soins à domicile qu'il est nécessaire, de façon à éviter que la famille et les amis n'aient à assumer cette responsabilité pour le soin des blessés, des personnes en état d'incapacité ou des personnes agées à la maison.

Tout à fait d'accord famille et amis	D'accord famille et amis	Neutre	D'accord gouvernement autant que possible	Tout à fait d'accord gouvernement autant que possible
❑	❑	❑	❑	❑

	Tout à fait d'accord	d'accord	Neutre	En désaccord	Tout à fait En désaccord
2. Offrir un soutien aux fournisseurs de soins non rémunérés améliorera les soins de santé au Canada.	❑	❑	❑	❑	❑
3. Le gouvernement devrait augmenter les dépenses dans le secteur de la santé pour soutenir les fournisseurs de soins de santé non rémunérés au moyen d'allègements fiscaux, des soins de relève, des hôpitaux de jour et autres moyens.	❑	❑	❑	❑	❑

4. Placez les trois approches pour appuyer les soignants non rémunérés par ordre de priorité, 1 étant l'option envers laquelle vous êtes le plus favorable et 3 celle envers laquelle vous êtes le moins favorable.

	le plus favorable		le moins favorable
Nous devrions soutenir directement les fournisseurs de soins non rémunérés au moyen d'argent comptant, de bons de services et d'allocations de soins.	❑ 1	❑ 2	❑ 3
Nous devrions soutenir indirectement les fournisseurs de soins non rémunérés au moyen d'allègements fiscaux.	❑ 1	❑ 2	❑ 3
Nous devrions nous concentrer sur les programmes donnant un répit aux fournisseurs de soins non rémunérés, comme les soins de relève, des visites accrues des fournisseurs de soins professionnels et des programmes gériatriques dans les hôpitaux de jour.	❑ 1	❑ 2	❑ 3

L'EXPANSION DU FINANCEMENT DES SOINS À DOMICILE AIGUS

	Tout à fait d'accord	d'accord	Neutre	En désaccord	Tout à fait En désaccord
1. Financer tous les services offerts à domicile qui sont financés par l'État lorsqu'ils sont offerts en institution améliorera les soins de santé au Canada.	❑	❑	❑	❑	❑
2. Le gouvernement devrait augmenter les dépenses dans le domaine de la santé pour financer tous les services à domicile qui sont financés par l'État lorsqu'ils sont offerts en institution.	❑	❑	❑	❑	❑
3. Si le gouvernement payait certains produits et services offerts à domicile (qui sont payés par l'État lorsqu'ils sont offerts à l'hôpital), quels produits et services devraient être couverts?					
Les médicaments	❑	❑	❑	❑	❑
Les bandages et les pansements pour les plaies	❑	❑	❑	❑	❑
Les appareils médicaux	❑	❑	❑	❑	❑
Les thérapies comme la physiothérapie	❑	❑	❑	❑	❑
L'équipement ou les modifications au domicile nécessaires pour que la personne reste chez elle	❑	❑	❑	❑	❑
La surveillance et l'aide non médicale pour les choses telles manger, se laver utiliser la salle de bain	❑	❑	❑	❑	❑

INFORMATION REQUISE POUR L'ANALYSE

Veuillez nous fournir l'information suivante requise pour l'analyse. Merci.

Sexe : ❑ homme ❑ femme

Âge : ❑ 18 ans et moins ❑ 19 à 29 ans ❑ 30 à 49 ans ❑ 50 à 65 ans ❑ plus de 65 ans

Votre province ou territoire de résidence : _____

Suite ...

Revenu annuel total du ménage, avant déductions : (question optionnelle)

Choisissez :

❑ < 20 000 $

❑ 20 000 $ – 39 999 $

❑ 40 000 $ – 59 999 $

❑ 60 000 $ – 79 999 $

❑ 80 000 $ – 99 999 $

❑ 100 000 $ ou plus

Niveau de scolarité atteint : (question optionnelle)

Choisissez :

❑ Élémentaire

❑ Études secondaires

❑ Collège communautaire/technique ou CEGEP

❑ Grade supérieur

❑ Certificat professionnel

❑ Baccalauréat

Êtes-vous un professionnel de la santé? (question optionnelle)

❑ Oui ❑ Non

Au cours de la dernière année, combien de fois environ avez-vous recouru personnellement au système de soins de santé (par exemple, consultation d'un généraliste ou d'un spécialiste, période d'hospitalisation ou soins en salle d'urgence) : (question optionnelle)

Choisissez :

❑ de 0 à 3 fois

❑ de 4 à 6 fois

❑ de 7 à 9 fois

❑ 10 fois ou plus

Commission sur l'avenir
des soins de santé au Canada
81, rue Metcalfe, bureau 800
Ottawa (Ontario)
Canada K1P 6K7
Sans frais 1-800-793-6161
www.commissionsoinsdesante.ca